

# 试论我国社会医疗保险制度的建立和完善

□ 王中美

我国自建国初期以来,一直实行公费医疗保障制度。其产生的标志,是1952年政务院颁布的《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》。四十多年来,这一保障制度存在的弊端日益显露出来,引起社会各方面的关注。本文拟就通过对原有的公费医疗制度的理论和实践分析,来探讨适合我国国情的医疗保障制度应体现的价值以及如何建立和完善这一制度。

## 一、我国原有公费医疗制度的实证分析

我国公费医疗制度覆盖面不大,仅包括对国家机关及事业单位的职工、全民所有制企业和较大规模的集体所有制企业中的职工以及一些特殊人群的保障。而农村人口的医疗问题试图依靠农村合作医疗制度解决,但实际上这种作法普及率不高。显然,我国公费医疗制度在建立一开始就对不同人群采用了差别待遇。以所属单位性质作为划分依据而确定的区别对待,是不符合社会保障的一般原则的。其所导致的直接后果是社会分配的不公<sup>1</sup>,城乡差别的进一步扩大,以及城镇中不同人群矛盾的公开化。因此我国公费医疗制度的主要弊端之一,就是保障对象范围窄,管理和服务的社会化程度比较低。

公费医疗的费用完全由国家和企业负担,由于医疗费用支出的不确定性以及无限制扩张趋势,国家和企业已经不堪重负。尤其是国有企业的状况堪忧;企业效益好的时候,医疗报销的财务管理较松,资金大量浪费。而企业效益差的时候,职工切实的医疗保障问题无法解决,企业卡紧了报销关,也使职工军心不稳,损害了企业的经济效益。一方面,由于公费医疗负担的不同,造成企业之间负担畸轻畸重,既不利于企业自身发展,也不利于其开展公平的市场竞争,同时阻碍了企业改制的顺利进行。因此建立合理的医疗经费筹措机制已迫在眉睫。另一方面,公费医疗在人们生活中最易见的弊端就是医药资源的巨大浪费。“一人公费,全家受益”的现象,或许是由于医疗保障的社会化程度不高引起的迂回救济,而“小病大看,无病小看”,家庭积累大量药品直至过期废弃的现象,却使我们不得不承认:国民的总体自我约束水平不高,社会责任感不强,需要客观的约束机制。需要注意的是,我国医院“以药养医”、乱开补品、高档药品的情况,也是造成医疗资源浪费的重要因素。由于长期以来公费医疗实行实报实销,没有切实的统控力量和制约机制,国家资金缺口无法有效扼制。<sup>④</sup>近年来医院大量购置进口高级设备,而一般的平民化的服务设施却改进不大,造成医疗发展计划脱离保障国民医疗服务基本需求的轨道,医疗资源配置不合理,人们普遍反映医疗服务质量不高。这方面问题就主要应依靠医院的自身建设,同时也需要通过外部调整的压力,促使医院正确发展。

通过以上分析,我们可以得出这样的结论:原有公费医疗制度是计划经济体制下的产物,其缺乏公平性和效率性,使国家和企业的负担过重,而其运行操作不具透明性,人为因素很大,从而造成了医疗费用的畸形增长。总的说来,原有公费医疗制度不符合市场经济的要求,也不符合现代社会保障制度的一般价值要求,其既缺乏内部互动机制,也缺乏外部制约机制,需要从根本上进行改革。

## 二、合理的社会保障制度应具备的价值要素

在探讨如何建立和完善新的社会医疗保障制度之前,我们须先明确适应我国国情的社会保障制度应符合的价值要求。

首先是效率与公平相结合原则。这个问题实际上就是平衡个体与社会之间利益冲突的问题。一般来说,“社会必须为个人而存在,或个人必须遵循社会为他所设定的各种目标和生活方法;或社会和个人是相关的有机的。社会需要个人的效用和从属,而同时亦需要为服务于个人而存在。”<sup>(90)</sup>正因为社会和个人之间这种互动关系的存在,如何处理效率公平问题,一直是社会保障这一领域争论较多的问题。笔者认为,在医疗保障制度改革中,效率与公平并不存在质的冲突,个人的利益得失并不足以作为衡量这一问题的标准。由于公费医疗制度改革,会使一部分人利益受损,却能使更多数人得益。从深层次来讲,平衡利益才是社会保障的公平性所在,而实现绝大多数人利益的保障又是社会保障制度的效率性的体现。因此,公平与效率以多数人的一般标准来看,就是要实现医疗保障的充分社会化,实现个人对社会的贡献与从社会的获得挂钩,而不是在小部分人群中实行平均化或特权化。所以合理的社会保障制度,应是尽量覆盖社会全体成员,实现服务和管理的社会化,同时体现个人权利与义务相对应的效率性。

其次是内外部约束原则。内部约束是指分别加强医患双方各自的约束。显然,对患者而言,在利益享有的同时必须建立起义务承担机制。当医疗费用的支出关系到个人经济利益的损失时,个人就能有效地自我约束,在衡量成本与所得后,往往作出长远考虑的内缩、保值趋向的行为,避免不必要的成本支出,这也符合中华民族注重储蓄积累的传统。因此实行个人承担部分医疗费用,是能实现个人自我约束的有效机制。而对于医疗机构来说,加强内部医德医风整顿,严肃纪律,鼓励和惩罚措施并行,这些都应是加强内部管理的重点工作。相对而言,对医院方的约束更多需要依靠外部的压力促使其实现自我约束。一方面,患者方的自我约束也制约了医院的“滥开药”、“大处方”等行为。而社会对同等价位上高医疗服务水平的要求,又能促使医院相互竞争,提高医疗服务质量和工作效率。另一方面,国家应有计划、有步骤地调整医疗资源的有效配置,实施区域卫生规划建立对医疗机构的合理补偿机制,同时规定医疗诊疗规范和合理的分档次的医疗收费标准,引导医院正确发展医疗事业,有效提高全民的健康水平。这也是公费医疗制度效率原则的要求。

统筹与支付的社会化原则。如前所述,由国家和企业完全承担医疗费用是不符合市场经济要求的,而且这样筹措的资金由于收入渠道狭窄,缺乏稳定性,不利于社会保障的长期运行。而个人承担部分费用,同时建立统一的全民参与的社会医疗保障制度,一是拓宽了筹措面,二是加强了稳定性,三是扩大了积累。这种社会化的资金统筹方式是完全符合我国国情并适应发展要求的。而在医疗费用支付方式上,我们同时也要强调社会化原则。这主要是要求在医患双方的支付关系中加入第三方的参与,此第三方必须代表了社会的普遍利益,其有效调控医患双方费用的支付从而控制费用的发生。此第三方一般就是社会保险机构,而其调控功能一般体现在:由单位和个人向社会保险机构投保;由单位、社会保险机构与医疗机构三方签订合同,明确相互权责,并可规定一定的医疗费用支出标准;而在费用发生后,个人自行承担的一部分费用除外,其他费用由社会保险机构与医疗机构结算,应是从个人保险帐户上支取,不足的才可能动用社会统筹资金。这是一种个人责任与社会责任相结合的统筹和支付方式,由于基金由第三方管理,使约束机制更强,制度的运行更为有效。这一原则既要求体现社会保障的福利性,又要求吸收保险的效益性和集资性优点。

平稳过渡原则。就我国目前状况而言,正值社会大变革时期,人们普遍存在患得患失心理。因此在社会保障制度改革这一关系到人民切身利益的问题上,一定要采取审慎的平稳过渡的原则。平稳过渡主要是指个人承担的医疗保险费用比例不应过高,应逐步随经济水平的提高而有所提高,各地方也应依自身具体情况制订标准,并经常调查制度颁布所引起的效应如何以及群众的反应。其次,平稳过渡还意味着公费医疗和劳保医疗制度应按照统一的新制度和政策同步改革,医疗保险基金的筹集方式和基本结构要统一等等方面的统一性要求。除此,平稳过渡还要求考虑到一些特殊情况。比如说原劳保医疗规定职工的直系亲属患病时,实行半费医疗制度。随着职工个人医疗保险帐户的建立,家庭成员的医疗保障应通过其他途经解决,特别是对职工供养的未成年子女和无职业配偶。有学者提出,对这部分人群在有条件地区可考虑试行由职工缴费,供养亲属在职工个人帐户中开支的办法。<sup>94</sup>对这一问题的解决还应在具体实践中探索,但应强调政府的帮助以及逐步过渡原则。

### 三、新的社会医疗保险制度的实践及建议

1994年国家体改委、财政部、劳动部、卫生部联合印发《关于职工医疗制度改革的试点意见》的通知,初步

建立了我国新的社会医疗保险制度的模式。这一模式基本符合前文所述的公平与效率、内外约束、社会化以及平稳过渡等要求,呈现强大的生命力,并开始在全国范围内普及。

在资金筹措上,新制度强调职工医疗保险费用由用人单位与职工共同缴纳;采用个人帐户与社会统筹帐户相结合的方式,医疗费用首先从个人帐户支出,个人帐户用完后,先由职工自付,超过一定比例的,可由社会统筹帐户支付,但个人仍需承担一定比例,个人帐户资金属职工个人所有,限于专款专用,可继承;强化药、医分离的医疗管理制度,在镇江市的试点实践中,明确规定医院的销售药品收入和医疗服务收入要分别管理、分别核算,同时加大财政投资力度,对医院进行严格考核,开展医院的同行业竞争,理顺药、医管理体制;对一些特殊人群如离退休职工、伤残复员军人以及大中专院校学生,实行特殊照顾,对于生活困难无力支付保险费的人群则通过社会救济解决其医疗保障问题;加强医疗保险管理,由社会保险机构对医患双方进行监控,社会保险机构、医疗机构与用人单位三方合同关系,明确相互权责,实现整个医疗保障制度的有效有序运行。

显然,这一制度较原有的公费医疗制度更符合现代的公平和效率观念,也更富有经济效益性。但不可否认,由于这一制度综合了西方各国的不同制度的特点和经验,又根据我国具体情况具有一定创新性、探索性,其试点实践中难免出现一些问题。笔者将之概括如下:一是在个人医疗帐户的建立和管理上,由于其是按本人工资总额的一定比例计入,并与年龄等因素联系,具体操作较复杂;而社会保险经办机构要审核报销条件、范围、额度等,需要较高素质的工作人员和现代化管理手段以及大量物力的投入,目前管理状况上还不能完全适应要求。二是实践中提出的按住院日和门诊人次付费以及按病种支付等方式,都需要严密的统计工作,基础工作量大,而且难度较高,并不易于实行。三是一些效益不好的企业根本无力支付职工保险费,职工利益无法得到保障。四是医疗机构的补偿机制还不完善,国家对其财政的拨款是促成其自我约束的有力保证,应在一定基础上加大投入,同时应调动社会各方面的资助。五是作为补充措施的职工医疗互助保险和商业性医疗保险并没有普及化,应有意识地引导公众重视这方面的投入。六是医药行业应进行治理,控制价格的过度上涨,这必然牵涉药品生产企业和流通企业的经济效益问题,但出于国计民生的考虑,在目前应加大药品销售环节的调控力度。

目前,各地医疗保障制度改革都有制订地方性行政法规,全国统一的医疗保障法还没有出台。应该说,这是由于我国改革进程中制订稳定的长期适用的医疗保障法的时机尚不成熟。但为了便于劳动力流动和地区间资金调剂,国家应加强统一调控,监督各地立法,并协调地方管辖权之间关系。国家应根据具体情况颁布一些专门法规,同时也应着手建立完善的医疗保障法律制度,将医疗保障纳入法制规范轨道,减少和消除其具体操作中的一些人为因素。

总体来说,新的医疗保障制度是在公平与效率的原则上建立的,体现了社会性与约束性优点,较原来更为合理,而从目前情况来看,试点运行也颇有成效。进一步完善这一制度,在兼顾国家、企业、个人三方利益的同时,实现平稳过渡,应是目前最主要的任务。

注:

<sup>1</sup> 周顺民:《我国医疗保障制度改革的趋向》,《中南财经大学学报》1997年第1期;

<sup>④</sup> 辜胜阻、李珍:《加快医疗保健制度改革势在必行》;

<sup>④</sup> [美] 杜威:《哲学的创造》商务印书馆1958年版第101页;

<sup>1/4</sup> 丛树海:《进一步改革和完善我国医疗保障制度》,《财经论丛》1997年第6期。

(作者单位:厦门大学法律系 邮编:363000 责任编辑:刘明光)